



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 170/2020**

Vitória, 20 de janeiro de 2020

Processo n° [REDACTED]  
[REDACTED] impetrado por  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública-ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dr<sup>a</sup>. Livia Regina Savergnini Bissoli Lage, sobre o procedimento: **Transferência hospitalar para leito de urologia para tratamento de litíase renal e infecção urinária.**

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com o Termo de Reclamação, o Requerente de 64 anos, foi diagnosticado com cálculo renal e infecção urinária, estando em repouso no pronto atendimento da Praia do Suá, desde o dia 06/01/2020, aguardando transferência para hospital com leito em enfermaria urológica. Pelo exposto, recorre a via judicial.
2. Às fls. 11 consta laudo médico, emitido em 22/01/2020 pelo Dr. Eraldo Angelo Scopel, CRM ES 2439, referindo que o paciente foi diagnosticado com cálculo renal e infecção urinária, estando em repouso no pronto atendimento da Praia do Suá, desde o dia 06/01/2020, aguardando transferência para hospital com leito em enfermaria urológica, para ter uma proposta terapêutica do qual o quadro necessita.
3. Às fls. 12 a 17 consta espelho da solicitação de transferência, emitido em 18/01/2020 pela Dr<sup>a</sup> Cláudia Shibata, tendo a última evolução no dia 21/01/2020, descrevendo infecção trato urinário resistente, litíase renal com sintomas obstrutivos, em uso de gentamicina e ceftriaxone. Deu entrada em 18/01/2020 queixando-se de dor lombar, ardor ao urinar há mais de 1 mês. Refere uso de ciprofloxacina desde o dia 16/01/2020,



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

com consulta marcada com urologista no dia 13/02/2020 no HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, EAS (07/01/2020) infeccioso, hemoglobina presente, nitrito positivo, urocultura sensível a amicacina, gentamicina, meropenem, imepenem. Foi encaminhado para realizar uretrotomia e cistolitotomia. EAS (18/01/2020) 100 de albumina, nitrito negativo, 500 leucócitos, flora aumentada. **US de vias urinárias** (06/08/2019) doença renal policística incipiente, bexiga de esforço e com cálculos. **rim direito** medindo 11X5.6X6.2 cm, apresentando 3 cistos simples, o maior medindo 1.2 cm. **rim esquerdo** mede 11.4X6.3X5.2 cm, apresentando seis cistos simples, o maior medindo 1.1 cm. **Bexiga** com parede espessada, 4 cálculos de permeio, o maior medindo 1.4 cm. **Próstata** aumentada de tamanho, medindo 35X40X49 mm, contornos regulares e textura do parênquima heterogêneo. Avaliação do cirurgião, sem data, no momento sem indicação cirúrgica, mas deve ser avaliado para tratamento cirúrgico eletivo da litíase vesical e se necessário associado a uma RTU de próstata no sentido de evitar novas infecções urinárias.

## II- ANÁLISE

### DA LEGISLAÇÃO:

1. A **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 divulga o Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
2. A **Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

Parágrafo Primeiro - Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Parágrafo Segundo – Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

## **DA PATOLOGIA**

1. **Doença policística renal** hereditária é definida como compondo doença de rim policístico autossômico recessivo (ARPKD) e doença de rim policístico autossômico dominante (ADPKD). Essas duas doenças precisam ser distinguidas de outras afecções hereditárias ou não-hereditárias que apresentem cistos renais. Doença policística renal hereditária é importante porque é relativamente comum. ADPKD é uma das doenças monogênicas mais comuns, com incidência de 1 em 700 indivíduos e que responde por 5% dos pacientes com necessidade de hemodiálise ou transplante renal. A ARPKD é mais rara, com incidência de 1 em 20.000 indivíduos.
2. Uma das principais preocupações em pacientes com cistos renais é saber se eles podem ter doença policística renal hereditária, mais especificamente Doença Policística Renal Autossômica Dominante (DPRAD), a forma mais comum de doença renal hereditária. Para isso, a informação principal é questionar a presença de história familiar (parente de primeiro grau com doença policística renal).
3. Em pacientes com história familiar positiva, as alterações ecográficas sugestivas de DPRAD (Doença Policística Renal Autossômica Dominante) são: **entre 15 e 39 anos:** três ou mais cistos uni ou bilaterais; **entre 40 e 59 anos:** dois ou mais cistos em cada rim; **com idade igual ou superior a 60 anos:** quatro ou mais cistos em



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

cada rim. Em pacientes sem história familiar de DPRAD, o diagnóstico é sugerido na presença de 10 ou mais cistos em cada rim, especialmente se presença de cistos extrarrenais. Pacientes com suspeita de Doença Policística Renal devem ser encaminhados para um serviço de nefrologia para avaliação.

4. A **Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)** é uma das doenças mais comuns no homem idoso, e quando associada aos sintomas do trato urinário inferior (STUI) tem importante impacto na qualidade de vida, por interferir diretamente nas atividades diárias e no padrão do sono. Estes sintomas são classificados em obstrutivos e irritativos. Os três principais aspectos que determinam o quadro clínico dos pacientes com HPB são: sintomatologia, crescimento prostático e obstrução intravesical. Sua relação é variável de um paciente para outro.
5. É causada por uma hiperplasia das células do estroma e do epitélio, resultando na formação de nódulos na região periuretral da próstata. Quando suficientemente largos, os nódulos comprimem o canal uretral causando obstrução parcial, ou às vezes completa, da uretra, desta maneira interferindo no fluxo normal da urina. Isso causa sintomas de hesitação urinária, polaciúria, aumento do risco de infecção do trato urinário e retenção urinária. Embora os níveis de antígeno prostático específico (PSA) possam estar elevados nestes pacientes devido ao volume maior do órgão e inflamação devido às infecções do trato urinário, a hiperplasia prostática benigna não é considerada uma lesão pré-maligna.
6. A **infecção sintomática do trato urinário (ITU)** situa-se entre as mais frequentes infecções bacterianas do ser humano, figurando como a segunda infecção mais comum na população em geral, predominando entre os adultos em pacientes do sexo feminino. A infecção urinária pode comprometer somente o trato urinário baixo, o que especifica o diagnóstico de cistite, ou afetar simultaneamente o trato urinário inferior e o superior; neste caso, utiliza-se a terminologia infecção urinária alta, também denominada **pielonefrite**. A infecção urinária baixa ou cistite pode ser sintomática ou não.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

7. Habitualmente, as cistites são infecções não complicadas enquanto as pielonefrites, ao contrário, são mais complicadas, pois em geral resultam da ascensão de microrganismos do trato urinário inferior e estão frequentemente associadas com a presença de cálculos renais.
8. Os agentes etiológicos, mais frequentemente envolvidos com ITU adquirida na comunidade, são, em ordem de frequência: A *Escherichia coli*, o *Staphylococcus saprophyticus*, espécies de *Proteus* e de *Klebsiella* e o *Enterococcus faecalis*.
9. A **litíase urinária** atinge cerca de 5% da população ocidental. Os cálculos são formados de cálcio em 70% dos casos, ácido úrico em 20%, fosfato-amôniomagnésio (estruvita) em 10% e cistina em menos de 1%. A urina é uma solução estável e qualquer variação no grau de saturação, do pH urinário e concentração dos inibidores da cristalização pode alterar o equilíbrio existente e dar origem a urolitíase. Os cálculos vesicais são raros em países desenvolvidos e são mais comumente relacionados, em adultos, à obstrução infravesical, infecção crônica ou a presença de corpo estranho intravesical. Podem ocorrer na infância, estando relacionados à desnutrição, principalmente a dieta pobre em proteínas. Em relação à apresentação clínica, os cálculos vesicais podem ser assintomáticos, entretanto, sintomas, como dor suprapúbica, disúria, hematúria, jato de urina fraco e entrecortado, hesitação, frequência, urgência e dor na glândula podem ocorrer em mais de 50% dos pacientes.

## **DO TRATAMENTO**

1. O objetivo do tratamento de policistos renais é preservar a função renal, controlar a pressão arterial e minimizar os riscos de ruptura dos cistos por traumas. Para dor provocada pelos cistos, faz-se tratamento conservador com analgésicos (paracetamol) ou anti-inflamatório não esteroide (se função renal preservada), por três a cinco dias. Se a dor é persistente mesmo com o tratamento farmacológico, pode-se encaminhar o paciente para serviço de urologista para avaliar opção de procedimento cirúrgico. Cistos infectados geralmente são refratários ao tratamento com antibióticos, já que



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

alguns destes não penetram no interior do cisto. Em situações em que a terapia por via oral não apresenta efeito é necessário tratamento parenteral intra-hospitalar. Em casos reservados pode-se realizar a punção aspirativa do cisto e em casos extremos a nefrectomia pode ser considerada. O tratamento da hipertensão pode ser feito com medicamento inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou bloqueador do receptor da angiotensina (BRA) associado a diuréticos. Nefrectomia pode ser necessária em pacientes com cistos grandes acima de 35 cm, infecções recorrentes, hipertensão incontrolável e suspeita de malignidade.

2. Quando encaminhar e para quem encaminhar:

- **Para urologia:**  **Cistos com alterações sugestivas de malignidade.**  **Cistos simples sintomáticos (dor lombar, hematúria persistente, obstrução de via urinária).**
- **Para nefrologia:**  **Suspeita de doença policística renal.**

3. O tratamento da HPB geralmente é realizado com mudanças no estilo de vida e com medicações. Casos mais sérios podem necessitar de cirurgia. Em relação ao tratamento clínico, estão disponíveis quatro opções de tratamento medicamentoso:  $\alpha$ -bloqueadores, inibidores da 5  $\alpha$ -redutase, fitoterápicos e a terapia combinada. A utilização de um tratamento medicamentoso para a HPB proporciona alívio eficaz dos sintomas com efeitos colaterais de menor intensidade.

4. Caso o tratamento medicamentoso falhe, a cirurgia de Ressecção Transuretral da Próstata pode ser necessária. Algumas das indicações da RTU se refere aos pacientes com sintomas de prostatismo, urina residual significativa à US, retenção urinária aguda, hematúria, insuficiência renal (creatinina sérica >1,2mg/dl), disfunção vesical (bexiga de esforço, divertículos vesicais, hidronefrose) e cálculos vesicais.

5. A ressecção transvesical ou suprapúbica é uma cirurgia reservada para pacientes com próstata demasiadamente aumentada, superior a 80-100g.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

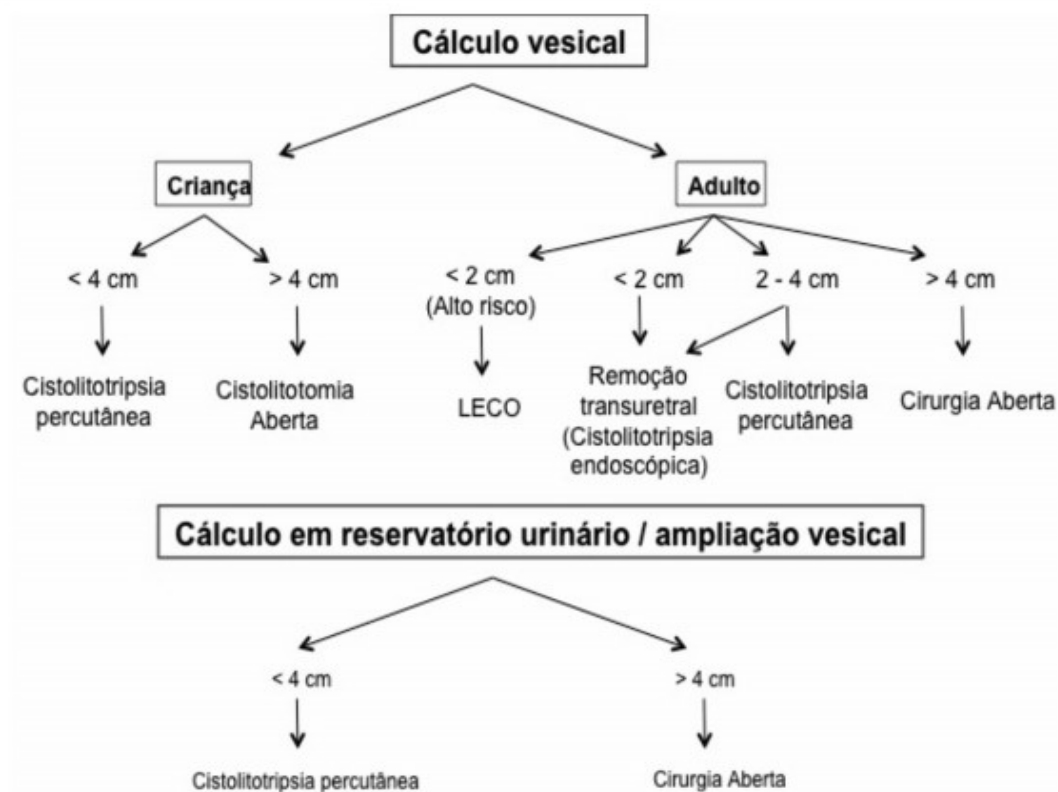
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

6. O tratamento inicial da infecção urinária inclui cuidados de suporte com hidratação e analgesia e início de terapia antibiótica empírica que apresenta taxa de 90% de sucesso em pacientes selecionados com Pronto Atendimento não-complicada. A antibioticoterapia deve perdurar por 1 a 2 semanas, em mulheres imunocompetentes e sem doenças de base. A maioria dos pacientes pode ser tratada sem internação.
7. O acompanhamento evolutivo requer a realização de urocultura do quinto ao sétimo dias de terapia, em todos os pacientes sem boa evolução clínica. A urocultura deve ser feita também após 10 a 14 dias e 4 a 6 semanas do término da antibioticoterapia, para certificar da erradicação da infecção. A recorrência da infecção ocorrerá em 10 a 30% dos pacientes; em geral, é suficiente novo tratamento por 2 semanas.
8. A internação deve ser considerada em:
  - Suspeita de complicação;
  - Estado geral debilitado;
  - Impossibilidade de hidratação oral;
  - Gravidez;
  - Aderência ao tratamento;
9. No tratamento da litíase vesical, deve-se considerar o tamanho e a composição do cálculo, as comorbidades do paciente, a presença de cirurgias prévias e alterações anatômicas do trato urinário inferior, custos, assim como, equipamentos disponíveis. A eliminação do fator causal é mandatória para o sucesso terapêutico. A litotripsia extracorpórea com ondas de choque (LECO) é uma opção para o tratamento da litíase vesical, apresentando o benefício de ser um procedimento não invasivo. Entretanto, não trata a etiologia e, eventualmente, não promove a eliminação de todos os fragmentos de cálculo. A sua eficácia é associada ao tamanho do cálculo e os melhores resultados são obtidos quando eles são menores que 2cm. Assim, a LECO não é o tratamento padrão para a maioria dos adultos com litíase urinária, sendo considerada uma boa opção para pacientes com cálculos pequenos e alto risco cirúrgico.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT



## DO PLEITO

1. **Transferência hospitalar para leito de urologia para tratamento de litíase renal e infecção urinária.**

## III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. No presente caso, o Requerente de 64 anos, foi diagnosticado com rim policístico, cálculos em bexiga e infecção urinária, estando em repouso no pronto atendimento da Praia do Suá, desde 18/01/2020 (apesar do documento médico anexado às fls. 11 dizer dia 06/01/2020), com consulta marcada com urologista para o dia 13/02/2020 no HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes.





## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

2. Ao se analisar os resultados de exames mais recentes do paciente, pode-se observar que a infecção está sob controle, assim como o estado geral do paciente é bom, com sinais vitais preservados e informação de que se encontra sem queixas. Consta avaliação feita pelo cirurgião de que o paciente não tem indicação de realizar cirurgia agora e sim de forma eletiva com avaliação simultânea pelo urologista da próstata do Requerente. Considerando que o paciente se encontra com o quadro equilibrado; considerando que a indicação da cirurgia é eletiva (até porque normalmente primeiro trata a infecção para depois fazer a intervenção cirúrgica); considerando que o paciente já possui uma consulta agendada com o urologista no HUCAM; este NAT conclui que se o paciente possui condições de alta, o que parece ter pelos exames e avaliação anexados, poderá concluir o tratamento em domicílio e aguardar a consulta já agendada com o urologista para dar sequência em seu tratamento. Caso o paciente não tenha condições de alta, o que deve estar detalhado na evolução clínica pelo médico assistente no PA, a transferência estaria indicada, de preferência para o HUCAM.
3. Este Núcleo se coloca à disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.





**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

**REFERÊNCIA**

PROJETO E DIRETRIZES/SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Hiperplasia Prostática Benigna. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/5\\_volume/24-Hiperpla.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/24-Hiperpla.pdf)>. Acesso em: 04 janeiro 2018.

WROCLAWSKI, Marcelo Langer et al. Hiperplasia prostática gigante: hematúria macroscópica com choque hipovolêmico em paciente previamente assintomático. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 420-422, Sept. 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082015000300420&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000300420&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 Feb. 2019. Epub June 30, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015RC2905>.

LOPES, Hélio Vasconcellos; TAVARES, Walter. Diagnóstico das infecções do trato urinário. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 306-308, Dec. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302005000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000600008&lng=en&nrm=iso)>. access on 25 Oct. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302005000600008>.

Torricell, Fábio César Miranda et al; Tratamento cirúrgico da litíase vesical: revisão de literatura; Rev. Col. Bras. Cir. 2012; 40(3): 227-233; disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n3/11.pdf>

Cistos e doença policística renal; disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/resumo\\_cistos\\_e\\_doenca\\_policistica\\_renal\\_TSRS.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/resumo_cistos_e_doenca_policistica_renal_TSRS.pdf)

Alves, Everton Fernando et al; Doença renal policística autossômica dominante em pacientes em hemodiálise no sul do Brasil; J Bras Nefrol 2014;36(1):18-25; disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n1/0101-2800-jbn-36-01-0018.pdf>